

東京都薬剤師会 FAX 03-3294-7359

※お間違えの無いよう再度確認の上送信してください

※【**地区薬剤師会の会員**】は、所属の地区薬剤師会事務局にお申込の上ご購入下さい。この書式では受け付けておりませんのでご注意ください。

都薬ホームページ専用申込書  
「2024年改訂版 保険調剤のてびき」

申込日（送信日）： 月 日（ ）

ご購入希望者様

下記枠内の事項すべてにご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。当会にて受付後に「**代金引き換え便**」にて発送手続きをいたします。購入料金は配送業者にお支払いの上、領収書を受領してください。領収書は大切に保管願います。

会員 チ ェ ック	申込者	氏名：	
		会 員 外 (A：一般価格)	都薬直扱会員 (B：会員価格) (会員番号No. _____)
送 付 先	事業所名		
	住 所	〒 (必須)                      —	
		電話番号                      —                      —	
		F A X                              —                      —	
申込冊数		(会員価格での頒布は1会員2冊まで)	
A 一般価格：1冊 19,800円			
B 会員価格：1冊 6,600円			冊
送料別途負担		書籍代	+
1～2冊都内 1,000円			送料
都外 1,300円			=
一般価格3冊以上は無料		円	購入金額計
			円

都薬使用欄

--	--

(注) ご記入いただきました情報は、当該書籍頒布手続きにのみ使用いたします